|  |  |
| --- | --- |
| Pieczęć jednostki  | Deklaracja Świadomej Zgody na wykonanie badania molekularnego |

Dane Pacjenta:

|  |
| --- |
|  |
| Imię i nazwisko |
|  |  |
| Data urodzenia | Pesel lub nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku braku nr pesel |
|  |  |
| Adres zamieszkania | Telefon |

Dane rodzica / opiekuna prawnego Pacjenta (wypełnić w przypadku niepełnoletności / ubezwłasnowolnienia lub niezdolności do świadomego wyrażenia zgody przez Pacjenta):

|  |
| --- |
|  |
| Imię i nazwisko |
|  |  |
| Data urodzenia | Pesel lub nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku braku nr pesel |
|  |  |
| Adres zamieszkania | Telefon |

Deklaracja

Wyrażam zgodę, aby pobrany ode mnie / od mojego dziecka / od mojego podopiecznego materiał biologiczny:

* + krew obwodowa
	+ tkanka guza
	+ kleszcz
	+ inny (podać jaki): …………………………………………………

został użyty w celu izolacji DNA i wykorzystany do wykonania badań molekularnych, opartych na analizie DNA w celach diagnostycznych.

Wyrażam zgodę na przechowywanie materiału biologicznego (w tym na przechowywanie uzyskanego z materiału biologicznego DNA; nie dotyczy czasu niezbędnego na ponowne wykonanie analizy):

* tak
* nie

Deklaracja dotyczy skierowania na badanie:

* poszukiwanie obecności DNA Toxoplasma gondii w materiale biologicznym
* ocena mutacji w eksonach 12 i 13 genu *KRAS*
* diagnostyka boreliozy z wykorzystaniem oceny kleszcza metodami molekularnymi, celem poszukiwania obecności DNA bakterii z rodzaju Borrelia
* ocena mutacji Leiden i/lub mutacji G20210A genu protrombiny
* Oświadczam, że w ciągu, co najmniej trzech miesięcy poprzedzających badanie nie wykonywano u mnie / u mojego dziecka / u mojego podopiecznego transfuzji krwi.
* Oświadczam, że nigdy nie wykonano u mnie / u mojego dziecka / u mojego podopiecznego przeszczepu szpiku.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a:

* o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanych badań molekularnych (rodzaj, zakres) celem potwierdzenia lub wykluczenia rozpoznania choroby bądź wdrożenia planowanego leczenia
* o sposobie, w jaki będzie użyty materiał biologiczny oraz uzyskane wyniki z badań
* o tym, że uzyskany wynik badania może być niejednoznaczny, bądź z przyczyn technicznych może nie być możliwe uzyskanie jednoznacznego wyniku, wtedy może zaistnieć potrzeba powtórnego pobrania materiału do badań
* o tym, że uzyskany wynik badania molekularnego powinien być skonsultowany przez lekarza
* o przysługującym mi prawie do wycofania niniejszej zgody w dowolnym momencie

Wyrażam zgodę na wykorzystanie wyników wykonanych badań molekularnych oraz użycie pobranego ode mnie materiału biologicznego (w tym uzyskanego z materiału biologicznego DNA) do badań naukowych i diagnostycznych, z zachowaniem anonimowości danych osobowych.

* Tak
* Nie

Wyrażam zgodę na przekazanie wyników badań lekarzowi zlecającemu badanie

* Tak
* Nie

Wyrażam zgodę na poinformowanie mnie o wynikach badań

* Tak
* Nie
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich / mojego dziecka / mojego podopiecznego przez Pracownię Diagnostyki Molekularnej i Farmakogenomiki Zakładu Biochemii Farmaceutycznej i Diagnostyki Laboratoryjnej do celów związanych z wykonywaniem diagnostyki laboratoryjnej zgodnie z przepisami Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

…………………………………. ……………………………………………………………………………………………..

Miejscowość i data Podpis pacjenta / Rodzica / Opiekuna Prawnego wyrażającego zgodę na wykonanie badania molekularnego